DE

N° 109.

L'APOPLEXIE

OU HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 mai 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR JEAN-BAPTISTE CARRIER, du Grandabergement,

Département de l'Ain ;

Bachelier ès-lettres ; Membre titulaire de la Société clinique d'instruction médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Ars medica tota in observationibus.
FRED. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy.
Arvers.	Gibert.
Baudeloque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Bresch , *Suppléant.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Devergie.	Ratheau.
Dubois.	Richard.
Dance.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Gage de piété filiale et de reconnaissance éternelle.

A MONSIEUR RÉCAMIER,

Chevalier de l'Ordre-Royal de la Légion-d'Honneur ; Professeur à la Faculté de médecine de Paris et au Collége de France ; Membre de l'Académie royale de médecine et de plusieurs autres sociétés savantes, etc., etc.

A SES VERTUS ET A SON PROFOND SAVOIR.

SON ÉLÈVE RECONNAISSANT,

J.-B. CARRIER.

DE

L'APOPLEXIE

OU HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

L'APOPLEXIE, de απ πλητειν, *frapper, abattre*, est une maladie dont les attaques brusques et toujours graves, font tomber comme des victimes ceux qui en sont atteints. Prompte dans ses effets, elle s'entoure souvent des appareils de la mort au milieu d'une réjouissance, d'un festin où règne la gaîté. Quelquefois, au lieu de tuer avec cette violence, elle se borne à abolir une où plusieurs facultés, où bien elle ne fait que désigner d'avance celui qu'elle immolera plus tard. Ses phases et ses désordres n'échappèrent point au génie observateur d'*Hippocrate*, à en juger par cette sentence : *solvere apoplexiam vehementem, impossibile, debilem verò non facile.*

L'importance des fonctions qu'elle altère, sa fréquence et les phénomènes alarmans dont elle s'accompagne, rend en quelque sorte raison des explications erronées auxquelles les anciens se livrèrent sur sa nature, et dont on a grossi tant de volumes jusqu'à nous. Il serait fastidieux d'en retracer l'histoire; il me suffira de nommer la rétention du fluide vital et du fluide nerveux, qu'on croyait sécrété par la glande pinéale, et de dire qu'elle fut successivement classée dans les maladies quiétales, les adynamies, les asthénies, etc.

L'étude de l'anatomie pathologique, qui de nos jours a jeté tant de lumières sur la nature de cette affection, n'arrêta point la fureur des théoristes lorsqu'on commença à s'y livrer. *Morgagni*, dans son immortel ouvrage, décrit avec soin les diverses lésions anatomiques produites par l'apoplexie, et confirme la division en sanguine et séreuse déjà établie d'après la théorie hypothétique de *Galien;* mais il se borne à l'observation du désordre, en laissant désirer ses rapports avec le diagnostic. Alors vinrent une foule de divisions tirées de la nature des épanchemens; divisions qui n'eurent que la confusion pour résultat.

Le célèbre *Pinel*, considérant cette maladie dans son siége et dans ses phénomènes, l'a classée parmi les névroses dans l'ordre des affections comateuses. M. *Portal*, dans deux mémoires présentés à l'institut, après avoir admis une apoplexie idiopathique, en établit une multitude d'autres suivant leurs diverses causes apparentes; et M. *Lullier-Winslow*, dans le Dictionnaire des Sciences médicales, a écrit à peu près d'après les mêmes idées.

En 1811, MM. *Montain*, de Lyon, ont voulu en établir quatre espèces; ils ont admis une apoplexie nerveuse, dont il n'ont point suffisamment démontré l'existence.

On voit par cette faible esquisse de l'histoire de l'apoplexie combien les écrits volumineux des auteurs sont disparates et hypothétiques.

Une telle divergence d'opinions, ne décélant d'ailleurs que vague et qu'incertitude sur la nature de cette affection, était bien propre à entraîner un désordre fâcheux dans le traitement : aussi l'illustre *Pinel* s'écrie : « Que de moyens employés tour à tour contre l'apoplexie, et « quelle difficulté extrême il y a de choisir celui qui est le mieux « adapté à l'état particulier du malade qu'on cherche à guérir. »

Une étude plus aprofondie des faits s'étayant surtout de recherches scrupuleuses d'anatomie pathologique, a eu de nos jours des résultats plus positifs; on a mieux senti l'importance d'attacher une acception fixe et claire au mot apoplexie. « La thérapeutique des maladies de

« l'encéphale, dit M. *Lallemand*, ne peut présenter quelque chose de « positif et de rationnel que lorsque les symptômes et la nature de « chacune seront bien connus. »

Aujourd'hui, toutes les maladies que l'on grouppait sous le nom d'*apoplexie*, figurent à part dans les cadres nosologiques; et les travaux de MM. *Riobé*, *Rochoux*, *Lallemand* et *Rostan*, réduisant le mot *apoplexie* à sa juste valeur, ne permettent plus d'entendre sous ce nom autre chose qu'une *hémorrhagie cérébrale*.

Définition.

Pour donner une définition caractéristique, et qui soit exactement en rapport avec les racines du mot *apoplexie*, on doit entendre, par cette dénomination, une hémorrhagie cérébrale caractérisée par une altération ou suspension complète, subite et plus ou moins durable des fonctions des sens et des mouvemens volontaires.

Nous n'essaierons point ici de rapprocher de ce que nous entendons par *apoplexie* les épanchemens sanguins qui arrivent dans l'encéphale, à la suite de violences extérieures, bien que les symptômes de compression soient souvent les mêmes, et que le phénomène hémorrhagique ait lieu de la même manière, c'est-à-dire par rupture, avec désorganisation plus ou moins profonde de la substance cérébrale. La différence dans la prédisposition, les complications variées qu'apportent les causes, et par conséquent les modifications dans le traitement, rendent impossible l'histoire simultanée de ces deux variétés.

Causes.

Pour exposer les causes de l'apoplexie avec clarté et d'une ma-manière conforme à la physiologie pathologique, il faut les considérer suivant qu'elles agissent indirectement dans la production de cette maladie, et suivant qu'elles sont essentielles à sa formation : sous ce rapport, je les distingue en prochaines et en éloignées.

Les causes éloignées naissent de divers états physiologiques, pathologiques, propres à modifier la circulation, et de plusieurs circonstances hygiéniques favorables au développement de cette affection.

1°. *États physiologiques individuels.* Un tempérament sanguin, pléthorique ; une tête volumineuse ; un cou large, court ; l'âge mûr, et surtout la vieillesse ; l'excès de vigueur ou de faiblesse ; enfin, une disposition originelle, peut-être encore inconnue dans sa manière d'être, qu'il faut admettre pour expliquer l'hérédité de cette affection, telles sont les conditions physiologiques qui offrent prise à la maladie qui nous occupe.

2°. *États pathologiques.* Les maladies du cœur, et notamment l'hypertrophie du ventricule gauche ; l'ossification des gros vaisseaux, l'amputation d'un membre ; la guérison d'une large plaie ou d'une brûlure étendue, comme l'a observé M. *Delpech ;* les maladies des méninges, selon M. *Récamier* ; l'épilepsie, l'hystérie, la manie, suivant *Bayle.* Des faits, observés à Bicêtre dans ces derniers temps, établissent que ces dernières affections déterminent fréquemment l'hémorrhagie dans la substance corticale du cerveau ; enfin, la suppression d'une évacuation habituelle, d'un exanthème, etc.

3°. *Circonstances hygiéniques.* Certains états de l'atmosphère, tels que la grande chaleur ou le froid rigoureux, le passage subit de l'une de ces températures à l'autre ; les bains chauds ; les vêtemens trop serrés, surtout ceux du cou ; les repas copieux et succulens ; l'indigestion, l'ivresse habituelle, les excès dans les plaisirs vénériens, surtout à un âge où la nature ne permet plus d'en user impunément ; les efforts violens, les passions exaltées, l'abus des narcotiques. Certaines professions y prédisposent évidemment. *Ponsard* a dit : « il est plus de financiers apoplectiques que de paysans. » Combien de fois n'a-t-elle pas été occasionnée par les travaux de cabinet ? Personne n'ignore qu'elle a enlévé à la science les *Malpighi*, les *Ramazini*, les *Cabanis*, les *Nisten*, etc.

Mais, en pesant la valeur de ces causes, on s'aperçoit facilement qu'elles ne peuvent pas plus être regardées comme essentielles à la production de l'apoplexie qu'à celle de toute autre maladie, si l'organe céphalique n'est pas dans des conditions spéciales, sans lesquelles leur action est vaine. Ces conditions, que nous considérons comme causes prochaines de l'apoplexie, en quoi consistent-elles?

Dans la faiblesse originelle des vaisseaux du cerveau, ou les maladies dont ils auraient été affectés, selon MM. *Chaussier*, *Lallemand* et *Béclard*.

Dans l'ossification de la membrane interne des artères cérébrales chez les vieillards, suivant *Hogdson*.

M. *Rostan*, persuadé que le ramollissement est souvent une maladie primitive, regarde cette altération comme essentielle à la formation de l'épanchement.

M. *Richerand* pense que le cerveau, par suite du cercle qu'a parcouru l'énergie vitale dans les âges antérieurs, est devenu un centre de fluxion.

Il est si vrai que l'hémorrhagie cérébrale suppose quelque altération semblable dans l'organe qui en est le siége, qu'on la voit survenir assez fréquemment sous l'influence de la moindre cause occasionnelle; tandis que, dans d'autres circonstances, on voit la substance cérébrale résister au plus violent choc du sang, et la congestion être portée au point d'éteindre la vie sans qu'il y ait ni rupture ni extravasation de sang.

Une école moderne, guidée le plus souvent par des vues purement théoriques, s'est efforcée de rattacher à la doctrine de l'irritation toutes les lésions de l'encéphale, et a dit par conséquent que le premier phénomène de l'apoplexie était l'irritation; mais le raisonnement, d'accord avec les faits, dévoile la faiblesse de cette supposition : et d'abord ce serait établir, contre ses propres principes, que l'irritation affecte de préférence les vieillards; ensuite, sur quoi se fonde une pareille assertion pour une maladie qui frappe brusquement au milieu de la santé la plus parfaite.

Symptômes et marche de la maladie, envisagés d'une manière générale.

On a dit que l'apoplexie est imminente, toutes les fois qu'on observe quelques uns des phénomènes suivans : accès de vertiges passagers; pesanteur, douleur de tête, sorte d'étonnement; absence de mémoire, difficulté à rassembler ses idées; diminution ou trouble de la vue, de l'ouïe; ou bien éblouissement, tintemens, bourdonnemens d'oreilles; engourdissement d'une partie du corps, de la langue surtout; sentiment d'oppression générale; fourmillement, crampes dans les membres; assoupissement fréquent, etc.

Un examen attentif fait d'abord sentir que la plupart de ces phénomènes appartiennent moins à l'apoplexie qu'à toute autre affection de l'encéphale; et on peut affirmer que quand ils constituent un prélude de cette maladie, ils sont l'expression d'une maladie concomitente, telle qu'une congestion, un ramollissement, une arachnitis, etc. Il faut remarquer cependant que l'existence d'un grand nombre réunis, peut attester une hémorrhagie commençante ou bornée à un faible degré; les observations recueillies à bicêtre sur des maniaques et des épileptiques en fournissent des exemples.

L'attaque est presque toujours brusque et instantanée. La personne qu'elle atteint est ordinairement en plénitude de santé; tout à coup elle perd connaissance plus ou moins complètement, et tombe si elle est debout, ou bien les symptômes apoplectiques la surprennent pendant le sommeil. Dans le plus grand nombre des cas, les progrès de la maladie sont rapides, et arrivent en peu d'instans à leur plus haut degrés d'intensité; quelquefois, cependant, elle marche avec un peu moins de promptitude; dans ce cas, un vertige signale l'invasion, la vue s'obscurcit, les sensations deviennent obtuses, l'ouie est affaiblie, la parole embarrassée. La maladie une fois établie, on observe à peu près les symptômes suivans : somnolence ou assoupissement plus ou moins profond; résolution complète où incomplète des membres; quelquefois ils offrent une

espèce de roideur générale, alors il y a presque toujours ramollissement concomitant; dans quelques cas ils sont agités de mouvemens convulsifs. Souvent il n'y a qu'hémiplégie, dans ce cas la paralysie est plus prononcée au membre supérieur qu'à l'inférieur; aussi celui-ci recouvre-t-il plutôt ses forces que l'autre; distorsion de la bouche, embarras ou paralysie de la langue, parole altérée, balbutiement ou aphonie complète; diminution ou même abolition de la sensibilité dans les organes paralysés. Diminution, lenteur ou suspension des fonctions intellectuelles; action des sens nulle ou considérablement diminuée, et souvent perte complète du sentiment de l'existence.

Tels sont les symptômes caractéristiques et constans de l'hémorrhagie cérébrale dans ses divers degrés. Il en est d'autres plus variables qui les accompagnent. Ainsi la face est tantôt rouge, livide, tantôt pâle et décolorée; les pupilles sont ou resserrées ou dilatées, quelquefois inégalement, ce qui indique le côté affecté du cerveau. Lorsque l'hémorrhagie est forte, les lèvres, souvent écumeuses, sont poussées en avant à chaque expiration. Le pouls peut être développé ou bien petit, concentré; la respiration plus ou moins gênée, et souvent stertoreuse; dans quelques cas ces fonctions n'éprouvent aucun dérangement; enfin, il arrive quelquefois que les urines et les matières alvines s'échappent involontairement.

Tel est le tableau effrayant des phénomènes apoplectiques, considérés d'une manière générale. Ces symptômes, comme on le voit, ne se rencontrent jamais tous dans une attaque, ils peuvent se déclarer à divers degrés, et c'est sur leur intensité qu'est fondée la division en *hémorrhagie forte, faible* et *moyenne.* Cette distinction peut avoir le précieux avantage de faciliter le diagnostic, mais elle n'est rien plus qu'arbitraire; et c'est pour donner une idée de toutes les combinaisons dont les symptômes de cette maladie sont susceptibles que nous les avons décrits d'une manière générale, pensant d'ailleurs que des exemples rapprochés de ces divers degrés suppléeraient à l'imperfection de notre description.

1re obs. Le nommé Habillon, Antoine, âgé de 64 ans, d'une constitution robuste et d'une taille élevée, jouissait depuis long-temps d'une forte santé. Le 1er mars 1825, revenant des Invalides dans l'après-midi, il boit une petite quantité d'eau-de-vie, dont l'ingestion est immédiatement suivie de vomissemens et de déjections alvines au milieu des rues. De retour à sa demeure, où il s'était rendu péniblement à pied, il éprouve un violent vertige, et tombe avec perte incomplète de connaissance et paralysie entière du côté gauche du corps. On l'apporte en cet état à l'Hôtel-Dieu, où une saignée lui est pratiquée sur-le-champ. Le lendemain, j'observe les faits suivans : décubitus dorsal, corps sensiblement tordu à gauche; parole libre ou à peine embarrassée, un peu lente cependant; il se rappelle assez bien les circonstances de son accident; distorsion de la bouche à droite; membres du côté gauche immobiles; sensibilité marquée à l'inférieur, mais aboli au supérieur jusque sur le tronc; rigidité des deux membres paralysés assez forte; légère flexion ou contracture marquée; assoupissement profond, respiration naturelle, pouls fort, résistant. (Saignée de quatre palettes; sinapismes aux mollets; émétique en lavage; gr. j.) Le soir, demi-stupeur, sorte de sommeil prolongé; flaccidité remarquable des membres paralysés, qui se convertit en rigidité lorsqu'on tire le malade de son assoupissement; sensibilité générale émoussée; paralysie faciale gauche plus prononcée; du reste, même état. Le lendemain, le malade est dans le coma; en lui jetant de l'eau fraîche sur le visage il est réveillé soudainement; et, par des excitations vives dirigées sur le bras paralysé, on parvient à lui faire exécuter quelques légers mouvemens. La respiration est stertoreuse, et à chaque expiration la commissure labiale est soulevée; pupilles également resserrées, pouls fréquent. (Julep éthéré, eau pure pour toute boisson.) Le soir, sterteur plus prononcée; salive écumeuse à la bouche; pupille droite un peu dilatée. Le lendemain, troisième jour de la maladie, stupeur plus profonde; dilatation de la pupille droite plus marquée; râle trachéal; sensibilité des membres plus obtuse; immobilité complète, pouls large, vif; sueur, chaleur à la peau. (Vésicatoire à

la nuque.) Quatrième jour de la maladie, insensibilité générale; pouls résistant, fréquent, avec récurrence radiale; sterteur plus forte; le malade n'entend plus, ne parle plus; il y a carus, résolution complète des membres. Mort dans l'après-midi.

Autopsie. A l'ouverture du crâne, on trouve : engorgement considérable des sinus méningiens; pie-mère injectée ; cerveau très-ferme; à la partie inférieure du corps strié et de la couche des nerfs optiques du côté droit, vaste foyer avec irruption dans le ventricule. Les parois de ce foyer étaient irrégulières, ramollies et pénétrées de sang; un caillot noir remplissait le ventricule; à la base du ventricule latéral gauche existait en même temps un ramollissement blanc, mou, de deux pouces d'étendue; ventricule gauche du cœur légèrement hypertrophié; du reste, rien de remarquable.

II^e^. OBS. André Vizinet, âgé de 41 ans, d'un naturel irascible et d'une constitution athlétique, militaire depuis vingt-cinq ans, s'adonnant à tous les excès, ressentait depuis fort long-temps des douleurs vagues, rhumatismales, qui parfois s'accompagnaient d'étourdissement. Le 24 janvier 1826, il rentre chez lui, furieux d'une contrariété qu'il venait d'éprouver.

Bientôt des étourdissemens mêlés de vertiges le forcent à s'aliter; mais son mal, loin de s'amender, redouble d'intensité, et un sentiment de déchirure dans le cerveau signale l'invasion de la paralysie, qui se manifeste soudainement sur le côté droit du corps. Appelé auprès du malade, je me hâte de lui pratiquer une large saignée au bras, après quoi on le transporta à l'Hôtel-Dieu, où j'ai pu suivre sa maladie dès le lendemain. Il était dans l'état suivant : hémiplégie incomplète du côté droit, avec flaccidité remarquable ; résolution parfaite du membre supérieur, privé de sensibilité et de motilité; sentiment de formication dans l'inférieur, avec semi-perte de mouvemens; distorsion de la bouche à gauche; langue embarrassée, dirigeant sa pointe du côté paralysé; face rouge, bouffie, offrant une expression de stupeur; cependant intellect parfait, pouls naturel, respiration

parfaitement libre. (Diète; pédiluves sinapisés; et à prendre par cuillerée, une potion composée d'éther sulfurique, de quinquina et d'acétate d'ammoniaque). On a tour à tour employé les médicamens que je viens de mentionner et les suivans : infusions d'arnica, teinture de gaïac, fumigations avec sureau, camomille et vinaigre, et une diète graduée. Sous l'influence de cette médication, les symptômes se sont dissipés peu à peu. Au bout de douze jours, les forces ont commencé à reparaître au membre inférieur, qui a recouvré ses fonctions lorsque le supérieur était encore dans une résolution désespérante. Enfin la paralysie a fini par se résoudre entièrement, et le malade est sorti parfaitement guéri après trois mois de traitement.

Comment expliquer l'action salutaire de ces médicamens diffusibles, toniques, sudorifiques, etc., dans la maladie qui nous occupe? C'est encore un problème à résoudre. Quoi qu'il en soit, M. le professeur *Récamier* nous a dit dans ses leçons qu'il avait employé sans succès les antiphlogistiques dans des cas pareils, c'est-à-dire lorsque les membres présentaient une grande flaccidité, et qu'alors les diffusibles lui avaient été d'une grande utilité.

Diagnostic différentiel.

En tirant les maladies de l'encéphale du cahos où elles ont été plongées pendant si long-temps, l'observation, invoquant les faits pathologiques, est parvenue à isoler ces affections dans le plus grand nombre des cas, en leur assignant des caractères propres. Il suffit aujourd'hui d'une connaissance exacte de leurs phénomènes et de leur marche pour n'être point exposé à les confondre; il est cependant encore des circonstances où le diagnostic est embarrassé des plus grandes difficultés pour la maladie qui nous occupe. Ainsi, il peut se faire qu'un ramollissement s'opère instantanément dans la substance cérébrale, et simule l'apoplexie au point de ne pouvoir en être distingué : ces cas sont rares, à la vérité; cependant des faits pareils se sont présentés dans la pratique de M. *Récamier*. Espérons que ce

célèbre professeur enrichira sous peu la science de ses idées et des faits remarquables qu'il possède sur cette maladie encore peu connue. En général les symptômes du ramollissement se manifestent avec lenteur ; on peut en suivre les progrès lents et gradués. L'hémorrhagie, au contraire, arrive tout à coup. Le coma, dit M. *Rostan*, est le dernier symptôme du ramollissement : c'est le premier de l'hémorrhagie. Lorsque les accidens augmentent dans l'hémorrhagie, ajoute-t-il, il y a ramollissement ; et, d'ailleurs, presque toujours absence de prodrômes. Ce ne sont donc alors que les circonstances commémoratives qui peuvent éclairer le diagnostic, malheureusement il est souvent impossible de s'en procurer la connaissance. La congestion cérébrale peut encore revêtir toutes les formes d'une apoplexie forte : dans ce cas, une méprise ne peut être considérée comme une erreur de diagnostic, attendu que les indications thérapeutiques sont les mêmes. Ordinairement elle se reconnaît à la promptitude avec laquelle elle se dissipe.

La syncope, comme l'apoplexie, présente les phénomènes de suspension cérébrale, soit que cette suspension soit due à ce que le sang n'arrive pas au cerveau, soit qu'elle tienne à ce que le cerveau est comprimé par l'épanchement ou l'afflux trop considérable dans le cerveau. Le diagnostic peut être douteux. Comme une méprise pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences, il faut alors, ainsi que le conseille M. *Piorry*, chercher à éclairer le diagnostic par les effets de la situation. Placé horizontalement, le malade ne tarde pas à éprouver un soulagement marqué dans la syncope ; les accidens, au contraire, s'aggravent dans cette situation s'il est apoplectique, *et vice versâ*.

Pour les autres maladies, qui ont plus ou moins de ressemblance avec l'hémorrhagie cérébrale dans leur manifestation, le médecin instruit écartera toujours facilement l'erreur.

Terminaison et prognostic de l'apoplexie.

L'apoplexie comme toute autre maladie peut se terminer par la santé, par la mort, où bien par une ou plusieurs infirmités, souvent incurables. Il résulte des travaux de MM. *Riobé, Rochoux, Serres*, etc., que ces trois issues dépendent de l'intensité de l'hémorragie et de l'étendue du désordre qu'elle a produit dans la substance cérébrale; or, il est certain que les phénomènes apoplectiques sont presque toujours en rapport avec l'étendue de l'épanchement; par conséquent, suivant que ces symptômes seront intenses, durables et exempts de complications, on pourra présumer approximativement qu'elle sera son issue.

Ainsi, il arrive assez souvent qu'une hémorrhagie forte anéantisse tout à coup la vie. L'individu tombe pour ne plus se relever, et expire en moins de quelques heures (elle est dite alors foudroyante). D'autres fois la maladie bien que moins prompte, ne peut être enrayée dans sa marche rapide et arrive en peu de jours à son terme fatal; alors la gravité des symptômes se mesure sur les progrès de l'hémorrhagie qui va en augmentant, dans ce cas, le prognostic ne saurait être plus douteux que dans le premier; la mort est inévitable. A un degré moins fort, l'apoplexie n'est pas toujours mortelle. Il résulte des recherches faites sur les cadavres d'individus morts à la suite de plusieurs attaques, qu'un travail d'absorption s'établit autour du caillot, que celui-ci disparaît, et que les parois de la caverne qui le contenait se cicatrisent, ou bien qu'une membrane de nouvelle formation enveloppe le caillot, l'isole et en favorise la résorption; qu'enfin les parois de ce kyste peuvent finir par s'affaisser, s'agglutiner, et qu'il en résulte encore une véritable cicatrisation. Dans ce cas la guérison s'opère d'autant plus facilement que l'individu est d'un âge moins avancé, qu'il est d'une constitution ni trop forte, ni trop faible, et qu'on favorise les efforts de la nature par des moyens plus efficaces; mais il arrive assez fréquemment que, malgré les efforts de la nature, aidés

des ressources de l'art, le malade ne recouvre qu'incomplètement la santé; souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, la maladie revêt les formes d'une affection chronique, affectant en général la marche d'une hydrocéphale, et la mort s'ensuit. C'est alors un épanchement séreux dans les ventricules, qui est venu compliquer l'hémorrhagie, où plus rarement un ramollissement consécutif; plus souvent encore le malade demeure paralysé ou privé des facultés d'un ou de plusieurs sens.

M. *Rostan* pense qu'il faut attribuer la persistance de la paralysie après la résorption du caillot à la destruction d'une certaine quantité de substance cérébrale qui s'est résorbée avec le caillot. Cette opinion me paraît assez probable. De ces faits, que l'observation a consacrés, il faut conclure que le prognostic de l'apoplexie est toujours grave; qu'il varie suivant l'âge, l'intensité des symptômes, et suivant l'inefficacité du traitement.

Traitement.

Quand il s'agit de combattre une maladie si souvent mortelle, il y a autant de danger à s'abandonner à une profusion de moyens énergiques qu'à agir trop mollement. Le plus sage praticien mesurera toujours l'énergie du traitement sur l'intensité des symptômes et sur les forces de l'individu. Dans tous les cas, il se présente trois indications à remplir: 1° combattre l'hémorrhagie; 2° favoriser la résorption du caillot; 3° prévenir de nouvelles attaques.

1°. Des secours non moins prompts qu'efficaces doivent être apportés avec discernement à la personne que l'apoplexie vient de frapper. Le médecin, s'il arrive assez tôt, se hâtera de faire transporter le malade, sans l'agiter, dans un lieu où circule un air pur et frais; il le fera placer sur son séant, les jambes pendantes et la tête élevée, ou sur un lit dont le plan serait très-incliné. Tous vêtemens serrés, toutes ligatures, seront sur-le-champ enlevés; des applications réfrigérantes seront faites sur la tête; en même temps il aura recours aux évacua-

tions sanguines dont l'abondance sera proportionnée aux forces et à l'état de l'individu. *Hoffman*, *Lancisi* et plusieurs autres praticiens conseillent une large ouverture de la jugulaire; comme dégorgeant immédiatement le cerveau. Mais si on a reconnu que son effet est prompt, direct, on a remarqué aussi qu'il n'est souvent que momentané. Pour obvier à cet inconvénient, on pourrait la faire peu copieuse,et pratiquer une saignée de bras un instant après. De cette manière on empêcherait la congestion de se prolonger. Dans la saignée de la jugulaire, il faut avoir soin de ne comprimer qu'avec le doigt qui n'agit pas; et pour arrêter l'écoulement du sang, on fermera l'ouverture avec un emplâtre agglutinatif afin d'éviter toute compression.

L'artériotomie temporale a été également recommandée. En agissant directement sur la circulation artérielle, elle me paraît très-propre à modérer l'effort hémorrhagique. Loin d'être à dédaigner, elle me paraît indiquée conjointement avec la saignée du bras ou du pied, pour les sujets d'un tempérament pléthorique, chez lesquels une apoplexie se manifeste avec des signes effrayans. Lorsqu'on tire du sang du bras, de la jugulaire ou de la tempe; il est très-utile de faire plonger les pieds du malade dans de l'eau chaude rendue irritante par l'addition de vinaigre, de farine de moutarde, soit après la sortie du sang, soit même pendant qu'il coule encore. On ne négligera pas non plus de maintenir sur la tête des applications froides, de la glace même renfermée dans une vessie.

On s'est élevé contre l'emploi de la saignée lorsque l'estomac est dans un état de réplétion : on conçoit que c'est toujours une circonstance défavorable, mais qui ne la contr'indique pas, vu que l'estomac ne digère pas, l'influence cérébrale étant suspendue, et qu'il est urgent d'agir pour faire cesser des accidens qui menacent la vie.

Lorsque le sujet est très-âgé, peu sanguin; lorsque son visage est peu coloré, le pouls peu ou point dur, on doit être modéré sur l'emploi de la saignée, qui, faite avec trop d'abondance, n'agirait qu'en faveur de la maladie, en usant le peu de forces qui restent. C'est alors

qu'une petite quantité de sang tirée de la jugulaire et des bains de pieds irritans multipliés suffisent.

Il est encore très-avantageux de faire succéder les saignées locales aux saignées générales pratiquées autour de la base du crâne, le long des sutures, elles exercent une révulsion qui détourne le mouvement fluxionnaire qui a lieu vers le cerveau, et sont très-propres à prévenir l'inflammation que la présence du caillot peut déterminer dans la substance cérébrale.

On appliquera des sangsues à la vulve, à l'anus, dans les cas de suppression de règles, d'hémorrhoïdes, etc.

Il n'est pas difficile de comprendre tous les dangers que peut entraîner l'emploi de l'émétique, qu'on a vanté comme propre à dissiper héroïquement une attaque. Dans le vomissement qu'il provoque, le sang est violemment chassé vers le cerveau, et cet acte convulsif détermine inévitablement une apoplexie ou au moins une congestion redoutable. De tout temps, les praticiens les plus éclairés se sont plaints de ses mauvais effets. *Cullen*, *Tissot*, n'y avaient jamais recours. « Il ne faut pas même, dit *Tissot*, favoriser les vomissemens spontanés « par l'eau tiède; ceux-ci étant plutôt dus à la maladie du cerveau « qu'à l'embarras stomacal. » Autant l'émétique, dit M. le professeur *Boyer*, peut-être avantageux contre la stupeur, suite de commotion, autant il est redoutable dans le cas d'épanchemens sanguins. M. *Portal* dit, que si quelquefois l'émétique n'est pas nuisible, il n'est jamais utile.

Ce n'est que lorsqu'on aura arrêté l'effort hémorrhagique et qu'on aura enrayé ou diminué les symptômes par les moyens que nous venons d'indiquer, qu'il convient d'avoir recours aux dérivatifs. *Cullen* appliquait un vésicatoire sur la tête; cette pratique peut rappeler l'hémorrhagie; il est plus rationnel d'exercer la dérivation sur les extrémités inférieures et sur le canal digestif. C'est alors que des sinapismes, des vésicatoires appliqués aux mollets, des boissons laxatives, des lavemens purgatifs pourront être employés avec utilité : quelques praticiens usent avec avantage d'un grain de tartre stibié en

lavage. Ainsi se fera la transition de la première à la seconde indication. Celle-ci a pour but de favoriser la résorption du caillot et la cicatrisation des cavernes qui le contiennent, en un mot, de remédier au désordre commis dans la substance cérébrale. Sous ce rapport la thérapeutique est encore peu avancée. Quelle confiance doit-on ajouter à l'emploi des diffusibles, des toniques, des sudorifiques, etc. Leur action stimulante, activant la circulation, doit faire craindre le retour de l'hémorrhagie, qui, comme on le sait, a tant de tendance à se reproduire chez les apoplectiques. Cependant je les ai vu employer avec avantage un grand nombre de fois, et leurs bons effets sont signalés dans la deuxième observation que j'ai rapportée; ce qui prouve qu'on a encore besoin d'étudier la part qu'ils peuvent avoir dans la guérison de cette affection. Il est plus rationnel d'avoir recours à de petites saignées fréquemment répétées, surtout si le sujet est fort et robuste. Les expériences de M. *Magendie* ont constaté qu'elles pouvaient activer la résorption des liquides épanchés dans les cavités. Pourquoi ne pas en faire l'application ici; elles auront toujours l'avantage de prévenir de nouvelles attaques, et partant elles seront utiles.

Si, après tout, la paralysie ne se dissipe point, on peut essayer le galvanisme ou l'extrait de noix vomique. On conçoit que ces stimulans énergiques du système nerveux ne doivent être mis en usage qu'à une époque très-éloignée de l'attaque. Le dernier de ces moyens exige surtout une grande circonspection dans son emploi, parce qu'il détermine souvent des accidens graves; il n'en est pas tout à fait de même pour la pratique du galvanisme. M. le docteur *Andrieux*, qui, dans ces derniers temps, a préconisé et considérablement perfectionné ce genre de traitement, possède des faits inédits très-remarquables, qui en constatent l'efficacité dans des paralysies, suite d'hémorrhagies cérébrales. Ce traitement se termine ordinairement par l'usage des eaux minérales salines, telles que celles de Balarue, de Sedlitz, et un régime analeptique.

Après avoir développé toutes les ressources de l'art contre l'attaque;

après avoir remédié autant que possible à ses ravages, le médecin n'oubliant pas qu'une récidive est toujours imminente, ne quittera pas son malade sans lui prescrire ce qui est capable de le défendre contre un nouvel *insultus* de la maladie. Il serait déraisonnable de chercher des antiapoplectiques, et de se confier à cette foule de moyens perturbateurs que l'empirisme a trop vanté : il puisera dans l'hygiène. « Il n'est qu'un seul préservatif efficace, dit *Lansici*, « on le trouve dans un régime de vie sagement ordonné et dans un « heureux calme de l'âme, que ne troublent ni les succès ni les re- « vers. »

S'il arrivait que, malgré les bienfaits de l'hygiène, la maladie eût de la tendance à se reproduire; le convalescent surveillera son état, et aura recours au ministère de son médecin lors de la moindre indisposition; c'est alors qu'une saignée, des boissons laxatives triompheront de l'imminence des accidens.

Obligé de limiter ce travail, je n'ai pu consacrer un chapitre particulier à l'anatomie pathologique; d'ailleurs je m'en suis cru dispensé, par ce que j'ai dit dans l'exposition des faits que je rapporte, et en parlant des différentes terminaisons de l'apoplexie.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi cibus præter naturam copiosior ingressus fuerit, id morbum facit. Ostendit sanatio. *Sect.* 2, *aph.* 17.

II

Hyeme verò, pleuritides, peripneumoniæ, lethargi, gravedines, raucedines, tusses, dolores pectorum, et laterum, et capitis dolores, vertigines, apoplexiæ. *Sect.* 3, *aph.* 23.

III.

Ad summos morbos, summæ curationes, quoad rectitudinem, sunt optimæ. *Sect.* 1, *aph.* 6.

IV.

Quibus sanguinem de venis auferre conducit, his vere venam secare oportet. *Sect.* 7, *aph.* 53.

V.

A sanguinis fluxu delirium, aut etiam convulsio, malum. *Ibid.*, *aph.* 9.

VI.

Apoplectici autem fiunt maximè, ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.

VII.

Omnia ex ratione facienti et non secundum rationem evenientibus, non transeundum ad aliud manente eo, quod visum est ab initio. *Sect.* 2, *aph.* 52.